

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-417016

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08392 Société : RATM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ELMDASMAI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522499025 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 210 / 10 / 2019

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

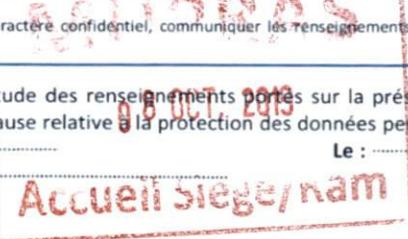
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-417016

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 08392

Nom de l'adhérent(e) : ELMDASMAI

Total des frais engagés : 853,60

Date de dépôt : 08/10/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/10/2010	Consultation	1	3000 DT	INP - INSTITUT NATIONAL DE LA PENSION SOCIALE DOCTEUR ZINEB S. ABOUZID ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE NUTRITIONNISTE S. ABOUZID Rue des Hôpitaux Casablanca Dabreui / 05 22 48 27 75 245 / 05 22 48 27 75

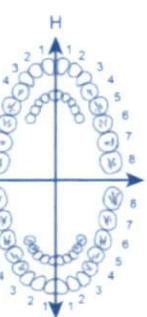
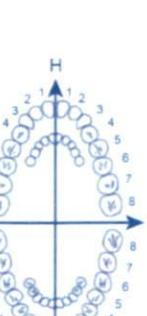
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Youssef EL IRAY Rue Dakhla-Bene 57 1022 32 83 45	21.10.19	448.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ORATOIRE D'AMBOISE EDICIALE - KINDY Rue de l'Hôpital 22 37036 AMBOISE Tél : 05 22 27 84 74 Fax : 05 22 27 22 86	09/10/19		105,40

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/> <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

**Docteur Zineb SLAOUI DIOURI**

**ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE**

**NUTRITIONNISTE**

**Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca  
Sur Rendez-vous**



**الدكتورة زينب السلاوي الديوري**

**اختصاصية في أمراض الغدد والسكري**

**أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء**

**بالموعد**

Casablanca, le : 2-10-2019 الدار البيضاء، في

**REGENIL  
PPC : 112 DH**

112,00x4)me EL DAGHRI ١١٢٠٠

REGENIL



**REGENIL  
PPC : 112 DH**

**REGENIL  
PPC : 112 DH**

112,00

doms

448,00

~~مصحة  
Dr. ZINEB SLAOUI EL IRAKI  
Rue des Hôpitaux-Berrechid  
Tél: 05 22 32 83.45~~

**Docteur Zineb SLAOUI DIOURI**  
**ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE**  
**NUTRITIONNISTE**  
40, Angle Rue des Hôpitaux  
et Rue Dubreuil - Casablanca  
Tél: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

**Docteur Zineb SLAOUI DIOURI**

**ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE**

**NUTRITIONNISTE**

**Ex. Enseignante à la Faculté de**

**Médecine de Casablanca**

**Sur Rendez-vous**



**الدكتورة زينب السلاوي الديوري**

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 2-10-2015 الدار البيضاء في :

Dame de MASHRI  
نفاث

Hélène Sébastien

ABORATOIRE D'ANALYSE  
MÉDICALES AL KINDY  
12, Rue des Hôpitaux  
Casablanca - 20300  
Tel : 05 22 27 84 74  
Fax : 05 22 27 22 86

Dr. Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux  
et Rue Dubreuil Casablanca  
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL KINDY

Examen du : 02/10/2019

Heure Plvt : 18:05:00

Édité le : 02/10/2019

Mme EL MDAGHRI Najat

Code Patient : 19-02790

Réf : 021019-024

Prescripteur: Dr SLAOUI DIOURI ZINEB



### Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

### ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

		Valeurs Usuelles	Antériorité
UREE (Dosage enzymatique)	: 0,30 g/l 5,00 mmol/l	( 0,166 - 0,485 ) ( 2,76 - 8,07 )	
CREATININE ENZYMATIQUE (Standardisée IDMS: Isotopic Dilution Mass Spectroscopy)	: 7,55 mg/l 66,82 µmol/l	( 5 - 10 ) ( 44 - 80 )	

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Dr J.Belhachmi

Biochimie clinique - Bactériologie - Virologie - Hématologie - Immunologie - Parasitologie

50, Rue des hôpitaux (en face de la porte principale du CHU Ibn Rochd)  
CNSS: 6021175 - TP: 36316010 - IF: 42011130 - ICE: 001743632000013

## Facture

N° facture : 19-02858

Date : 02/10/2019

Date de prélèvement : 02/10/2019

Patient : Mme EL MDAGHRI Najat

Analyses	Valeur en B	Montant
UREE	30	40,20
CREATININE ENZYMATIQUE	30	40,20
<b>Total B</b>	60	80,40
<b>APB</b>	1,0	25,00
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Total</b>		105,40

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent Cinq Dirhams Et 400 Centimes \*\*\*

LABORATOIRE D'ANALYSES  
 MEDICALES AL KINDY  
 50, Rue des Hôpitaux  
 Casablanca  
 Tel : 05 22 27 84 74  
 Fax : 05 22 27 22 86